

## DECLARACIÓN/COMPROMISO DE PAGO (en caso de no acreditar derecho a asistencia)

DATOS DE EL/LA PACIENTE			
Nombre y apellidos		NHC	
DNI/NIE /Pasaporte		F. Nacimiento	
Nº Seg. Social		Nacionalidad	
Email		Teléfono	
Domicilio			
Tipo de financiación			
Compañía			
Fecha y hora de la solicitud o asistencia			
DATOS DE EL/LA REPRESENTANTE/TUTOR/A (EN CASO DE HABERLO)			
Nombre y apellidos			
DNI/NIE		Telf	Email
Domicilio			

DATOS A CUMPLIMENTAR EN CASO DE ACCIDENTE DE TRÁFICO			
Fecha del accidente		Lugar del accidente	
El/la lesionado/a es: <input type="checkbox"/> Conductor <input type="checkbox"/> Ocupante <input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/> Ciclista <input type="checkbox"/> Otros (marcar lo procedente)			
Nombre y apellidos de otros lesionados:			
DATOS DEL VEHICULO DONDE VIAJABA O QUE LE ATROPELLÓ (EN CASO DE SER PEATÓN)			
Matrícula		Marca	Modelo
Compañía aseguradora		Nº Póliza	
Conductor		Teléfono	
Domicilio			
Asegurado		Teléfono	
Domicilio			
DATOS DEL VEHÍCULO CONTRARIO:			
Matrícula		Marca	Modelo
Compañía aseguradora		Nº Póliza	
Conductor		Teléfono	
Domicilio:			
Asegurado		Teléfono	
OBSERVACIONES:			



## Declara

- ❖ Que, en la fecha señalada solicita o ha recibido asistencia sanitaria en este Centro.
- ❖ Que de **no haber acreditado su derecho** a recibir Asistencia Sanitaria en el Sistema Nacional de Salud, **queda informado** de que debe remitir la documentación justificativa pertinente.
- ❖ En el supuesto de solicitar la asistencia como **particular privado**, se compromete a asumir los gastos generados por la asistencia recibida.

Según el art. 73 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, **deberán remitir la documentación** en el plazo de **10 días**, a partir del siguiente al de la notificación, **al Servicio de Facturación a Terceros del Área de Salud II**. De no recibirse, podrá ser emitida la factura al paciente o sus representantes, debiendo hacerse cargo de los gastos generados por la asistencia.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, firma

Fdo.: \_\_\_\_\_

## TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL.

El Responsable del tratamiento de los datos personales indicados en el presente formulario es el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, con domicilio C/ Central nº 7. Edificio Habitamia I. 30100-Espinardo (Murcia) y puede contactar si lo precisa con el Delegado de Protección de datos en el correo electrónico [dpd-sms@carm.es](mailto:dpd-sms@carm.es).

Los tratamientos necesarios, amparados en el cumplimiento de la normativa son las comunicaciones, cesiones de datos necesarias para la determinación, tramitación, notificación y recaudación de los actos de liquidación de precios públicos, en virtud de lo establecido en el artículo 83 de la Ley 14/1986 General de Sanidad de 25 de abril y la Orden de 2 de febrero de 2023 de la Consejería de Economía, Hacienda, Fondos Europeos y Administración Digital, por la que se publican las tarifas de las tasas y precios públicos aplicables.

Los destinatarios de cesiones o transferencias podrán ser órganos judiciales, otros órganos de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, otros órganos de la Administración del Estado, mutualidades, compañías asistenciales y aseguradoras (en caso de pertenecer a ellas). Como titular de sus datos de carácter personal, puede ejercitar ante el responsable del tratamiento de datos los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación al tratamiento. Estos derechos podrán ser ejercitados a través de los modelos de formularios que están a su disposición en el Servicio de Atención al Usuario. Asimismo, pueden presentar una reclamación ante la Autoridad de Control en materia de Protección de Datos competente, especialmente cuando no haya obtenido satisfacción en el ejercicio de sus derechos.

Todo ello en aplicación de la normativa vigente: Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos, y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

**DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR (según el caso):**

**Accidente laboral.**

Copia del parte de baja o de accidente expedido por la Mutua. Debe comunicarlo a su empresa para que remita dicho parte (con o sin baja) a la Mutua de accidentes.

Nombre Empresa:

Mutua:

En caso de existir testigos:

Nombre:

Teléfono:

**Accidente de Tráfico.**

Declaración responsable en caso de vehículo robado/sin seguro.

**Accidente escolar.**

Copia del parte de accidente expedido por el colegio privado/concertado

Nombre del colegio Privado/Concertado:

**Accidente deportivo.**

Copia del carnet de federado y parte de accidente expedido por el club o mutua deportiva.

**Mutualistas (ISFAS, MUFACE...), compañías privadas y extranjeros/as no comunitarios/as.**

Deberá notificar la atención sanitaria en un plazo de 24 horas a su compañía. Debe aportar compromiso de pago expedido por la misma en un plazo de 10 días.

**Particulares extranjeros Comunitarios o con convenio internacional.**

Presentarán Tarjeta Sanitaria Europea, S1, S2 o documento equivalente no caducado.

En caso de estarlo, debe solicitar y enviarnos un Certificado Provisional Sustitutorio.

**Agresiones**

Si va a interponer denuncia, cumplimentar:

Nº Diligencias abiertas en el juzgado:

Nº Juzgado:

Localidad:

**Seguros obligatorios**

En caso de existir un seguro obligatorio, debe de comunicarle la asistencia a su compañía a la mayor brevedad y solicitarle el compromiso de pago, que debe de enviar.

Según el art. 73 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, **deberán remitir la documentación** en el plazo de **10 días**, a partir del siguiente al de la notificación, **al Servicio de Facturación a Terceros del Área de Salud II**, a través del correo [facturacion.area2.sms@carm.es](mailto:facturacion.area2.sms@carm.es) o presencialmente en el bloque 3, Planta 2ª, del Hospital General Universitario Santa Lucía.